

## ANAMNESEBOGEN ALLGEMEINMEDIZIN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) begrüßen zu dürfen.

Um Ihren Besuch optimal zu gestalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Ihr Praxisteam vom MVZ Dr. Renard & Kollegen und der ZfA MVZ GmbH

### PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	E-Mail
Größe	Gewicht	Krankenkasse
Arbeitgeber	Beruf / Tätigkeit	
Vorheriger Hausarzt		

### ALLGEMEINES

Besteht eine gesetzliche Betreuung? | wenn ja, Betreuer (Name & Tel. Nr.): \_\_\_\_\_

Besteht ein Pflegegrad? | wenn ja, welcher: \_\_\_\_\_ Schwerbehindertenausweis? | wenn ja, Grad: \_\_\_\_\_

Besteht ein Merkzeichen vom Versorgungsamt? | wenn ja, welches: \_\_\_\_\_ Brauchen Sie Hilfe im täglichen Leben? ja / nein

Folgende Erkrankungen sind bekannt, bitte ankreuzen:

Herz- / Kreislauferkrankung  ja  nein

Stent | wo: \_\_\_\_\_  erhöhter Blutdruck  Herzschwäche/-insuffizienz

Herzinfarkt  Herzrhythmusstörungen  Herzschrittmacher

Herzklappenersatz | welcher: \_\_\_\_\_  Vorhofflimmern

sonstige: \_\_\_\_\_

Lungenerkrankung  ja  nein

- Asthma bronchiale  Chronische Bronchitis  sonstige: \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)  ja  nein

- Diabetes mellitus Typ 1  Diabetes mellitus Typ 2  Insulinpflichtig  
 Diabetischer Fuß  Diab. Augenschädigung  Diab. Nierenschwäche  
 sonstige: \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung  ja  nein

- Schilddrüsenunterfunktion  Schilddrüsenüberfunktion  Morbus Hashimoto  
 Morbus Basedow  Radiojodtherapie | wann: \_\_\_\_\_  
 Schilddrüsenoperation | wann: \_\_\_\_\_  sonstige: \_\_\_\_\_

Rheumatologische Erkrankung  ja  nein

- Rheumatoide Arthritis  Psoriasisarthritis  Morbus Bechterew  
 sonstige: \_\_\_\_\_

Hauterkrankung  ja  nein

- Neurodermitis  Psoriasis (Schuppenflechte)  sonstige: \_\_\_\_\_  
 Hautkrebs | welcher: \_\_\_\_\_

Magen-Darm-Erkrankung  ja  nein

- Morbus Crohn  Darmkrebs  Colitis ulcerosa  
 Darmpolyp(en)  Refluxkrankheit/Sodbrennen  Magenschleimhautentzündung  
 Nahrungsmittelunverträglichkeiten | welche: \_\_\_\_\_  
 sonstige: \_\_\_\_\_

Leber-/ Gallenkrankheit  ja  nein

- Leberwerterhöhung  chronische Hepatitis | welche: \_\_\_\_\_  (Frühere) Gelbsucht  
 Fettleber  Gallensteine  Leberzirrhose  
 sonstige: \_\_\_\_\_

Stoffwechselerkrankung  ja  nein

- erhöhtes Cholesterin  erhöhte Harnsäure / Gichtanfälle



Hatte ein Verwandter 1. Grades (Mutter, Vater, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen:  ja  nein

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt vor dem 65. Lj.  | <input type="checkbox"/> Darmpolyp(en)                      | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall vor dem 65. Lj. | <input type="checkbox"/> Darmkrebs                          | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung   welche: |
| <input type="checkbox"/> Plötzlicher Herztod          | <input type="checkbox"/> Andere Krebserkrankungen   welche: | _____   |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____              | _____   | _____   |

An welchen hausärztlichen Standorten werden Sie von uns betreut?

- |                                      |                                      |                                    |
|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Katzwang    | <input type="checkbox"/> Innenstadt  | <input type="checkbox"/> Eibach    |
| <input type="checkbox"/> Herpersdorf | <input type="checkbox"/> Sündersbühl | <input type="checkbox"/> Schwabach |
| <input type="checkbox"/> Erlangen    |                                      |                                    |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stammpatient seit Jahren | <input type="checkbox"/> Telefonbuch / Gelbe Seiten | <input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen          |
| <input type="checkbox"/> Suchmaschine             | <input type="checkbox"/> Flyer                      | <input type="checkbox"/> Radio                   |
| <input type="checkbox"/> Webseite                 | <input type="checkbox"/> Jameda                     | <input type="checkbox"/> Empfehlung / sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Facebook / Instagram     | <input type="checkbox"/> Örtl. Mitteilungsblatt     | _____  |

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter unserer Praxen (MVZ Dr. Renard & Kollegen, ZfA MVZ GmbH und ZfG MVZ GmbH) mich über anstehende Untersuchungen, Behandlungen, Aktionen und ärztliche Befunde informieren dürfen. (ggf. streichen) Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

*Erläuterung: Das Abfangen und Lesen durch Dritte sowie die Weitergabe von Untersuchungsergebnissen und sensiblen personenbezogenen Daten durch eine nicht korrekte Übermittlung oder eines falschen Empfängers sind potentielle Gefahren, die durch die digital unverschlüsselte Kommunikation bestehen. Dem MVZ Dr. Renard & Kollegen, der ZfG MVZ GmbH und ZfA MVZ GmbH ist es aus organisatorischen Gründen nicht möglich, jede Art der digitalen Kommunikation zu verschlüsseln. Ich stimme ausdrücklich und auf eigenen Wunsch einer digitalen Kommunikation, ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und Verschlüsselungen, zu.*

Ort, Datum

Unterschrift

Wir freuen uns nach Ihrer Behandlung auf Ihr Feedback:

